

Schadensmeldung für einen körperlichen Unfall

(außer für Arbeitsunfälle)

BETRIFFT POLICENUMMER

VERSICHERUNGSNEHMER

Name (für eine Einrichtung: Bezeichnung) und Adresse

VERMITTLER

Name und Adresse (oder Stempel)

Agentennummer

FSMA-Nummer

Aktenzeichen

UNFALLOPFER

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

____/____/____ _____

E-Mail-Adresse

Bezahlung auf das Konto*

auf den Namen von*

IBAN* _____

BIC _____

Verwandtschaft mit dem Versicherungsnehmer

Eltern Kind Enkelkind anderer Familienangehöriger Schüler Freiwilliger Mitarbeiter Mitglied
 unbesoldeter Helfer

sonstige: _____

Nur für Verkehrsunfälle: Eigenschaft des Opfers

Fußgänger Radfahrer Insasse Fahrer eines Mopeds Fahrer eines Motorrads (≥ 50 cc) Fahrer eines Fahrzeugs

UNFALL

Ort

Tag _____ Uhrzeit _____:_____ Datum ____/____/____

Polizeiliches Protokoll ja nein Nummer des Protokolls _____ Datum ____/____/____

Alkoholtest: ja nein Ergebnis: _____

Schadensmeldung für einen körperlichen Unfall

(außer für Arbeitsunfälle)

Genauere Beschreibung der Ursache und der Umstände

Der Unfall wurde in einer anderen Police gemeldet ja nein

Indien ja, Art der Police: Krankenhausaufenthalt Rechtsschutz andere Versicherung körperlicher Unfall
 Arbeitsunfall
 sonstige: _____

Policennummer _____ Gesellschaft _____

HAFTPFLICHT

Eventuell haftbarer Dritter – Name und Adresse

Versicherungsgesellschaft

Nummer der betreffenden Haftpflichtpolice

KBC Versicherungen AG, Prof. R. Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven verwendet die Gesundheitsdaten, die Sie ihr als Beteiligter – Versicherungsnehmer, Versicherter oder geschädigter Dritter – in diesem Formular zur Verfügung stellen, für den Abschluss, die Verwaltung oder Ausführung der Versicherung.

Gesundheitsdaten sind alle personenbezogenen Daten, die sich auf den früheren, heutigen oder künftigen körperlichen oder psychischen Gesundheitszustand des Beteiligten beziehen und einen direkten Bezug zu seinem Gesundheitszustand haben. Der Zugriff auf die Gesundheitsdaten ist auf die Gruppe von Personen beschränkt, die diese für die oben genannten Zwecke benötigen. Sie erhalten auf Antrag eine Liste.

Sie sind berechtigt, von KBC Versicherungen eine Mitteilung über die Sie betreffenden Gesundheitsdaten zu verlangen. Sollten die Gesundheitsdaten trotzdem Ungenauigkeiten enthalten, können Sie diese selbstverständlich berichtigen lassen. In beiden Fällen richten Sie Ihre Frage schriftlich an die Datenschutzabteilung der KBC, Brusselssesteenweg 100, 3000 Leuven.

Bitte senden Sie dieses Formular an den Vertrauensarzt von KBC Versicherungen.

Allgemeine Fragen zum Schutz des Privatlebens können Sie an den Ausschuss für den Schutz des Privatlebens richten (www.privacycommission.be).

Der Unterzeichner bestätigt hiermit, dass er in Kenntnis der Sachlage KBC Versicherungen schriftlich seine freie Zustimmung gibt, seine Gesundheitsdaten entsprechend dieser Datenschutzklausel zu verwenden. Der gesetzliche Vertreter tritt für die geschäftsunfähige Person (beispielsweise ein Minderjähriger), die er vertritt, auf.

Aufgestellt in _____ am ____/____/____

Für Einverständnis mit der Schadensmeldung, Für Einverständnis mit der Privacy-Klausel,

der Schadensmelder

der Vermittler

der Schadensmelder

Ärztliches Attest

POLICENUMMER

VORNAME UND NAME

ARZT

Name und Adresse (oder Stempel)

OPFER

Name

Datum des Unfalls

____/____/____

ART DER VERLETZUNGEN

HATTE DAS OPFER VOR SEINEM UNFALL VERLETZUNGEN ODER KRANKHEITEN, DURCH DIE DIE FOLGEN DIESES UNFALLS VERSCHLIMMERT WERDEN KÖNNEN?

ja nein

Welche?

Seit wann?

WANN WURDE ZUM ERSTEN MAL EIN ARZT KONSULTIERT?

Datum ____/____/____

Name und Wohnort dieses Arztes

Ärztliches Attest

DAS OPFER IST:

fähig, seiner tägliche Beschäftigung weiter nachzugehen.

vollständig arbeitsunfähig Anfangsdatum ____/____/____ voraussichtliches Enddatum ____/____/____

partiell arbeitsunfähig

_____ % Anfangsdatum ____/____/____ voraussichtliches Enddatum ____/____/____

_____ % voraussichtliches Anfangsdatum ____/____/____ voraussichtliches Enddatum ____/____/____

IST EINE VOLLSTÄNDIGE GENESUNG ZU ERWARTEN?

ja, wann _____

nein, welches sind die möglichen Folgen für die Zukunft? (Z. B. Tod, Dauerinvalidität usw.)

Aufgestellt in _____ am ____/____/____

der Arzt (Unterschrift und Stempel)